Rok LII. Kraków, dnia 20 września 1913. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Podał

Doc. Dr Z. Radliński

Ogólnie znane są trudności rozpoznawcze, jakie niekiedy nastręcza zapalenie wyrostka robaczkowego. Przeważnie się zdarza, że rozpoznane bywa zapalenie wyrostka, a dalszy przebieg wyjaśnia, że sprawa chorobowa dotyczyła któregoś z narządów sąsiednich. Znane są takie przypadki, gdzie usuwano zdrowy wyrostek robaczkowy, a tymczasem istotnie zmienionym chorobowo był jużto pęcherzyk żółciowy, jużto prawa nerka, lub przydatki maciczne. Opisano nawet operacye na wyrostku w przebiegu prawostronnego zapalenia płuc i atypowo przebiegającego duru brzusznego.

Znacznie rzadsze są wątpliwości w kierunku przeciwnym, gdy istotne zapalenia wyrostka robaczkowego niezwykłymi objawami skierowują uwagę lekarza w inną stronę. Do przypadków tej grupy należeć będą te rzadkie, ale niewątpliwie stwierdzone zapalenia wyrostka robaczkowego, którym towarzyszy krwiomocz.

Dotychczas opisanych przypadków tego rodzaju jest niewiele. W dostępnem mi piśmiennictwie[1]) znalazłem zaledwie 15 spostrzeżeń, mniej lub bardziej dokładnie zbadanych i opisanych.

Przypadek, spostrzegany przezemnie, przedstawia się następująco:

W grudniu 1912 wezwany zostałem przez jednego z kolegów internistów na naradę do chorego z powodu krwiomoczu.

Chory lat 31, chemik, był do połowy maja 1912 wogóle zdrów. Nagle dostał bólów w brzuchu, które przypisywał »zaburzeniom żołądkowym« i które po paru dniach minęły. Podobne napady bólów, krótkotrwałe, powodujące całodzienne pozostawanie w łóżku i leczenie środkami domowymi, powtarzały się w czerwcu, lipcu i październiku, przyczem przy ostatnim napadzie chory zauważył czerwone zabarwienie moczu, ale wagi do tego nie przywiązywał.

Te napady bólów przebył chory poza Krakowem. W listopadzie, już w Krakowie, ponowny napad z podniesieniem ciepłoty. Wezwany lekarz rozpoznał zapalenie wyrostka robaczkowego. Było znów czerwone zabarwienie moczu, ale nie zawiadomiono o tem lekarza. Napad minął po paru dniach. Mocz przybrał szybko zabarwienie prawidłowe.

W końcu grudnia znów napad bólów z podniesieniem ciepłoty. Rozpoznano znów zapalenie wyrostka i nawet rozważano potrzebę operacyi, odłożono ją jednak wobec niezbyt silnych objawów. Po tygodniu bóle ustąpiły, stan podgorączkowy utrzymywał się i teraz dopiero zwrócono baczniejszą uwagę na czerwono-brunatne zabarwienie moczu, które i przy tym napadzie wyraźnie wystąpiło. Badanie moczu wykryło liczne czerwone ciałka krwi i krew wykazalną chemicznie, — poza tem stosunki prawidłowe. W tym właśnie okresie sprawy chorobowej zobaczyłem chorego po raz pierwszy.

Budowa i odżywianie mierne, ciepłota 37.6, tętno 80. Brzuch wysklepiony prawidłowo, z zachowanymi prawidłowemi stłumieniami opukowemi. Przy obmacywaniu brzucha nigdzie, a zwłaszcza na prawym talerzu biodrowym, żadnej bolesności niema. Objaw Rovsinga i Blumberga ujemny. Nerki niemacalne. Przy uderzaniu od tyłu w okolice lędźwiowe na poziomie nerek — wrażliwość po stronie lewej. Badanie przez odbytnicę z wynikiem ujemnym.

Dla wyjaśnienia sprawy i przeprowadzenia szczegółowego badania dróg moczowych, uzyskałem dla chorego przyjęcie do szpitala wojskowego i tam nazajutrz po przyjęciu stwierdziłem, że ciepłota zupełnie spadła do poziomu prawidłowego, oraz że mocz się oczyścił i krwi w nim już nie można było wykazać. Pozostała tylko nieznaczna wrażliwość lewej okolicy lędźwiowej na opukiwanie. Badanie wziernikiem pęcherzowym nie wykryło żadnych zmian na śluzówce pęcherza. Trójkąt Lieutauda wygląda prawidłowo, również wyloty moczowodów. Rytm wydalania moczu i jego widoczna jakość — prawidłowe. Do moczowodów wprowadziłem cewniki, które weszły łatwo i bez przeszkód na 20 ctm. Mocz zbierany z cewników również nie przedstawia widocznych zmian, poza pewną wodnistością, odpowiednią do poliuryi, którą ten chory oddziaływał na wprowadzenie cewników. Próba indygokarminowa wykazala wystąpienie zabarwienia po obu stronach dopiero po 30 minutach i zabarwienie to, odpowiednio do poliuryi, było blade, ale z obu stron jednakowe. Badanie moczu otrzymanego z cewników, ani chemicznie ani pod drobnowidem nie wykryło nieprawidłowości. Mocz wstrzyknięto do otrzewnej świnkom morskim i, zaznaczam tu nawiasem — pozostały one zupełnie zdrowe.

Prócz tego dokonano zdjęć rentgenowskich obu nerek i obu miednicowych końców moczowodów. Na zupełnie udatnych płytach nigdzie nie można było znaleść nic podobnego do kamienia.

Wobec zupełnego powrotu do zdrowia chory opuścił szpital z poleceniem niezwłocznego zawiadomienia, gdyby ponownie powstały objawy czy to ze strony jamy brzusznej, czy to narządu moczowego.

[1]) Frisch: Hämaturie bei Appendicitis. Wien. Klin Woch. 1912 Nr I.
Ploos van Amstel: Haematurie. Samml. Klin. Vortr. 1908.

W połowie lutego b. r. w godzinach popołudniowych zostałem wezwany do chorego z powodu, iż znów od rana dostał bólów w brzuchu z nudnościami i wymiotami. Zastaję ciepłotę 37.5, żywą bolesność w okolicy kątnicy, zaznaczoną obronę mięśniową, objaw Blumberga dodatni (ból żywy przy szybkiem puszczeniu ręki, poprzednio powoli wciśniętej w głąb w okolicy talerza biodrowego prawego). Mocz bez zmian. Rozpoznaję ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Chory zostaje niezwłocznie przewieziony do szpitala wojskowego i tam późnym wieczorem, przy uprzejmej pomocy kierownika oddziału chirurgicznego Dra Michla, dokonuję operacyi w uśpieniu chloroformowem.

Typowe cięcie Jalaguiera. Do rany wpukla się bardzo ruchoma kątnica o żywo nastrzykanej otrzewnej. Po wydobyciu kątnicy po przed ranę znajduję wyrostek robaczkowy przyklejony do jej tylnej zewnętrznej ściany tak, iż końcem był on »in situ« skierowany ku górze i ku zewnątrz. Wyrostek jest sklejony dawnymi zrostami ze ścianą kątnicy; zrosty te są obecnie rozpulchnione wskutek świeżego obrzęku zapalnego. Wyrostek grubości małego palca walcowaty, cieńszy u podstawy, prześwieca żółtawo i wypełniony jest płynem pod znacznem ciśnieniem. Uwolnienie wyrostka, podwiązanie krezeczki, zgniecenie wyrostka u podstawy kleszczykami tętniczemi Blunka, podwiązanie cienką struną w obrębie zgniecenia, odcięcie wyrostka nożyczkami między podwiązką i osobno założonemi kleszczykami Peana; dotknięcie przekroju gazikiem z jodyną. Wpuklenie kikuta zapomocą szwu krzyżowego jedwabnego (Pochhammer [2]), drugie piętro — szew ósemkowy lub przekątny — (Diagonalnath-Sultan [3]), z cienkiej struny, oddawna przezemnie używanej. Warstwowe odbudowanie ściany brzusznej szwami strunowymi z umocowaniem mięśnia prostego w załamku jego pochwy za pomocą paru szwów. Klamry Michela na skórę.

Z wyrostka robaczkowego po przecięciu wylała się spora ilość płynu brunatno-ropiastego. Śluzówka w obrębie części rozdętej płynem brunatno-żółta, ponadżerana, spłaszczona, bez fałdów. Zmiany widocznie dawne, nie jednodniowe, obecnie ponownie zaostrzone (empyema cum exacerbatione).

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Chory z raną zagojoną doraźnie opuścił szpital po 12 dniach. Nadmienię, że nazajutrz po operacyi pojawił się krwiomocz o tych samych cechach, co poprzednio, t. j. ze znaczną ilością krwinek czerwonych, nie ułożonych w wałeczki. Krwiomocz trwał tym razem niespełna 2 doby, poczem znikł zupełnie i dotychczas się nie ponawiał, stan wogóle bardzo się poprawił; operowany czuje się zupełnie zdrów.

Opisany przypadek stanowi jeden z tych nielicznych, gdzie dokładnie różnymi sposobami badano narząd moczowy. Wyniki tego badania pozwalają stanowczo wyłączyć zwykłe przyczyny krwawień nerkowych. A więc nie wykryto zapomocą dobrych zdjęć rentgenowskich kamieni nerkowych i moczowodowych; przeciwko nim przemawia też wynik próby indygokarminowej. Gruźlicę można z całą pewnością wyłączyć na podstawie braku zmian swoistych w pęcherzu, a zwłaszcza na podstawie ujemnego wyniku szczepienia moczu świnkom morskim. Nowotwór nerki wyłączam na podstawie wyniku próby z indygokarminem, a także na podstawie dalszego przebiegu sprawy, wykazującej znaczną i stałą poprawę, a nie pogorszenie.

Pozostawałby dziwny zbieg krwawiączki nerkowej (renale Hämophilie, essentielle Nierenblutung) z zapaleniem wyrostka robaczkowego. W jaki sposób powstać może krwawienie z nerek przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, dotychczas nic jest jasne. Sprawę tę omawia Frisch (l. c.) i do istniejących przypuszczeń o przekrwieniu zapalnem, toksycznem zapaleniu nerek i zatorze drobnoustrojowym w obrębie kory nerkowej, dołącza swoje przypuszczenie o możliwości zatoru skrzepem. Miałoby to powstawać w ten sposób, że wyrostek robaczkowy w stanie zapalnym może niekiedy przylegać do prawej żyły nasiennej wewnętrznej (v. sperm. interna), i wywoływać w niej zakrzepy. O ile, co się niekiedy zdarza, żyła ta wpada do żyły nerkowej prawej, zakrzep może się rozszerzyć na tę żyłę, a stąd na drodze wstecznego szerzenia się — na nerkę. Wiadomo, że sprawy zatorowo-zakrzepowe mogą wywoływać zawały krwawe w nerce (infarctus haemorrhag.) i w tych razach zdarza się krwiomocz, z układaniem się krwinek w wałeczki. Frisch uważa to objaśnienie za odpowiednie do swoich 2 przypadków, w których wprawdzie cystoskopował, ale już po przeminięciu krwiomoczu, tak że nie mógł odkryć, z której nerki krwiomocz pochodził; w obu znajdował w moczu wałeczki krwawe.

Mój przypadek cystoskopowałem wprawdzie również po przejściu krwiomoczu, ale zato za pomocą próby indygokarminowej stwierdziłem, że obie nerki dawały opóźnienie filtracyi barwika (30 min. zam. ± 15 min) i to **obie w równym stopniu**. Jednakowe było też upośledzenie w natężeniu zabarwienia po obu stronach. Bolesność lewej nerki przy opukiwaniu, wskazuje również, że nie pozostała ona obojętną na sprawę zapalną, toczącą się w wyrostku. Poza tem mocz wspólny pęcherzowy wykazywał obecność nie wałeczków krwawych, ale licznych krwinek czerwonych.

Jakkolwiek z danych powyższych jeszcze nie można zbudować objaśnienia, któreby dostatecznie tłumaczyło krwiomocz przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, to jednak wydaje mi się prawdopodobnem, że chodzi tu o zaatakowanie obu nerek przez czynnik toksyczno-zakaźny pochodzenia jelitowego, i na tem tle, jak to zresztą nie jest w patologii nerek czemś niebywałem, powstaje krwawienie do dróg moczowych, krwawienie o typie przebroczynowym — »per diapedesin« —.

[2]) Pochhammer. Die Kreuzverschlussnaht in der Magendarmchirurgie. Centrbl. f. Chir. 1912. Nr 47.

[3]) Sultan. Die Diagonalnaht. Centr. f. Chir. 1912 Nr 32.

Z ambulatoryum dla chorób ucha i nosa w szpitalu izraelickim w Krakowie.

Kazuistyka z dziedziny chorób ucha i górnych dróg oddechowych

podał

Dr R. Spira,

kierownik ambulatoryum.

(Ciąg dalszy).

Leczenie zapalenia ucha środkowego zapomocą przekrwienia aspiracyjnego.

Na XVI. międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Budapeszcie r. 1909 broniłem leczenia ostrego zapalenia ucha

środkowego zapomocą przekrwienia zastoinowego i aspiracyjnego zmodyfikowaną przezemnie metodą Biera. Tamże przytoczyłem też kilka własnych spostrzeżeń, w których mimo wybitnego zajęcia kości sutkowej udało się osiągnąć tym sposobem wyleczenie bez zabiegu operacyjnego. Dalsze późniejsze doświadczenia przekonały mnie, że korzystne wyniki, otrzymane przezemnie, przypisać należało raczej zastosowanemu przez nas przekrwieniu aspiracyjnemu, niż zastoinowemu. Rozporządzam kilku nowymi przypadkami, w których operacya bezsprzecznie była wskazana, w których inni lekarze i po części także ja sam, na operacyę nalegali, a mimo to udało się chorobę bez wydłutowania wyrostka sutkowego wyleczyć. Jako przykład pozwalam sobie przytoczyć pokrótce kilka przypadków.

Chora E. K., z Krakowa, podaje, że przed 8 dniami zachorowała na ostre ropne zapalenie ucha środkowego, do którego po kilku dniach przyłączyło się porażenie twarzy po tej samej stronie. Na jednej z klinik, jak twierdzi chora, przedstawiono jej tę chorobę jako bardzo ciężką i poradzono natychmiastową operacyę. Znalazłszy obok porażenia n. twarzowego mały otworek w dolnym tylnym odcinku błony bębenkowej i brak wszelkich zmian nad wyrostkiem sutkowym i objawów ogólnych zastosowałem obok zwykłego leczenia przekrwienie aspiracyjne przykładając przyrząd ssący do otworu przewodu ucha zewnętrznego. Porażenie n. twarzowego i ropienie z ucha z dnia na dzień się zmniejszało. Wśród znacznej poprawy wystąpiły według podania chorej po 3 tygodniach po świeżem zaziębieniu i silnym nieżycie nosa na nowo obfitsze ropienie z ucha i silne bóle w wyrostku sutkowym i w głowie, które po pijawkach i okładach lodowych nie ustąpiły. Zastosowałem ssawkę na wyrostku za uchem i na zewnętrznym przewodzie ucha. W dniach następnych obrzmienie i naciek na wyrostku sutkowym, ścieśnienie przewodu usznego, w uchu dużo ropy. Nacięcie części miękkich nad wyrostkiem i przystawienie bańki nad raną. Po tygodniu obrzmienie i bolesność na wyrostku ustąpiły, powstał zaś twardy, bolesny naciek pod wyrostkiem sutkowym. Gdy do tego przyłączyły się częste bóle w okolicy skroni, sam radziłem chorej, by się poddała operacyi na wyrostku, na co ona zgodzić się nie chciała. Po kilku dniach pokazuje się ropa w przewodzie, wyciekająca z ziarniejącego otworu na tylnej kostnej ścianie przewodu, przez który można sondą w głębi $1/2$ cm wyczuć chropawą kość. Mimo powtórnych usilnych przedstawień i ostrzeżeń chora stanowczo sprzeciwia się operacyi, tak, że wbrew własnemu przekonaniu musiałem zadowolnić się leczeniem zachowawczem. Po kilkutygodniowem leczeniu zapomocą aspiracyi i okładów z octanu glinowego naciek pod uchem zmniejszył się, przewód ucha stał się przestronniejszym, stan podmiotowy coraz lepszym i na koniec chorą wypuszczono z opieki z raną zauszną wygojoną, z uchem wyleczonem, suchem, błoną bębenkową zarośniętą i ze słuchem dość dobrym.

W tym przypadku wskazania do operacyi w początku choroby nie było. Wyrostek nie zmieniony, nie bolesny, gorączki ani objawów wstrzymania wysięku nie było wcale. Jedyne powikłanie, porażenie n. twarzowego, nie stanowiło nic groźnego.

Wprawdzie zajęcie tego nerwu w przebiegu przewlekłego ropienia stanowi bardzo ważne powikłanie, wymaga wielkiej uwagi i może być rozstrzygającym powodem do otwarcia wyrostka lub operacyi t. zw. doszczętnej, jednakże i tu należy rozważyć, czy to porażenie nie jest przyrody gośćcowej, przypadkowo i niezależnie od choroby usznej równocześnie z nią istniejące. Takie przypadki spostrzegałem i opisałem je w innej mej pracy. Mogą one przy pospiesznem i powierzchownem rozpoznaniu dać powód do pomyłki i do niestosownego postępowania leczniczego. Jednakże w większej części przypadków porażenie n. twarzowego wśród przewlekłego ropienia usznego wskazuje na głębokie zniszczenie kości jamy bębenkowej i na daleko posuniętą sprawę chorobową, wymagającą energicznych zabiegów leczniczych.

Inaczej w ostrem zapaleniu ucha środkowego, w którem porażenie to wprawdzie łatwo wystąpić może zależnie od choroby usznej, ale przecież bez głębszego zajęcia ucha. Należy o tem pamiętać, że przednia ścianka przewodu n. twarzowego, oddzielająca ten nerw od jamy bębenkowej jest zwykle bardzo cieńka i prócz tego znajdują się w niej (często u dzieci, rzadko u dorosłych) otwory, przez które nerw ten styka się bezpośrednio z błoną śluzową jamy bębenkowej. Otóż łatwo wyobrazić sobie, jak już samo przekrwienie jamy bębenkowej, zwykle połączone z przepełnieniem tętnicy rylcowosutkowej, przebiegającej w kanale Fallopiusza, może dać powód do ucisku na nerw twarzowy i w następstwie do jego niedowładu. Przy wrodzonych lub nabytych otworach w ścianie tego kanału może powstać niedowład względnie porażenie tego nerwu w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego wskutek ucisku ze strony obrzmiałej błony śluzowej, wysięku i t. p. W razach takich należy się starać o szybkie uwolnienie jamy bębenkowej od zalegającego tam wysięku, a do tego przyczynia się świetnie wyssanie drogą ucha zewnętrznego. I rzeczywiście w naszym przypadku wśród tego leczenia porażenie nerwu w bardzo krótkim czasie ustąpiło bez śladu.

Występujące w dalszym przebiegu na nowo obrzmienie, bolesność w okolicy wyrostka sutkowego i od czasu do czasu pojawiające się bóle w głowie i w okolicy skroni były bardzo niepokojące i kazały przypuszczać głębokie ognisko w kości sutkowej. To skłoniło mnie, że zwróciłem chorej uwagę na grożące niebezpieczeństwo i że uchyliłem się od odpowiedzialności w razie, gdyby się chora na operacyę nie zgodziła. Skoro jednak chora mimo to stale i stanowczo przyzwolenia na operacyę odmawiała, zastosowałem dalej to samo leczenie, jak poprzednio i oto wbrew oczekiwaniu zostało ono uwieńczone świetnym skutkiem.

Jeżeli w tym przypadku przebiciem rany przez tylną ścianę przewodu możnaby tłómaczyć korzystny przebieg, to w innych tą metodą skutecznie leczonych przypadkach do takiego tłómaczenia uciekać się nie można, a korzystny wynik przypisać należy wyłącznie tylko metodzie leczenia. Kilka podobnych przypadków podałem w innych mych publikacyach (Lwowski Tygodnik lek., Archiv f. Ohrenheilk.), gdzie też metodę tę bliżej opisałem.

Na podstawie własnego doświadczenia mam niezachwiane przekonanie, że zapomocą tego postępowania może nierzadko udać się, operacyę krwawą (zresztą wskazaną) uczynić zbyteczną i sądzę, że jeżeli przez jakibądź sposób udaje się niekiedy choć raz uniknąć narkozy i zabiegu krwawego, skądinąd wskazanego, to metody takiej nie wolno lekceważyć, a należy ją raczej wysoko cenić i choćby dla próby częściej stosować w odpowiednich okolicznościach, jeżeli zwłoka nie grozi niebezpieczeństwem.

Skuteczność tego sposobu polega na działaniu zwiększonego miejscowego przekrwienia zapalnego, które można

zapomocą aspiracyi wywołać nawet przez nieuszkodzoną skórę i które, według Biera, stanowi najlepszy środek dla poparcia dążeń leczniczych przyrody. Pod wpływem siły ssącej występuje silny prąd limfy ku okolicy stojącej pod działaniem aspiracyi, przez co nawet przy nieprzebitej kości mikroby chorobotwórcze dostają się do zewnętrznych części miękkich pod wpływem szkodliwie na nie działającego zastoju. Z tego wynika, że lepszego skutku można spodziewać się po tej metodzie u dzieci, u których szew łuskowo-sutkowy jeszcze jest utrzymany, dalej tam, gdzie warstwa korowa wyrostka sutkowego jest już przebita i przy wyrostku obfitującym w komórki powietrzne, niż u osób starszych, przy kości sutkowej nienaruszonej i zawierającej mało komór powietrznych. Najlepiej nadają się do tego leczenia przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego, w których wikłające je zapalenie wyrostka sutkowego objawia się zewnętrznie bolesnością, obrzmieniem, naciekiem, albo nawet chełbotaniem. Natomiast w przypadkach przewlekłych lub w takich ostrych, w których istnieją bóle głowy i w uchu podwyższona ciepłota ciała, bóle w wyrostku bez zmian zewnętrznych, należy przypuścić, że sprawa zapalna toczy się w głębi kości i tu nie należy się spodziewać dobrego wyniku po nacięciu i aspiracyi, a powinno się jak najprędzej przystąpić do operacyjnego otwarcia kości. Tak samo, jeżeli wśród tego leczenia gorączka dalej się utrzymuje, obrzmienie, bóle nie zmniejszają się albo występują objawy głębszych powikłań, objawy mózgowe lub inne objawy niepokojące, należy leczenie to natychmiast przerwać i przystąpić do operacyi wyrostka.

Że jednak można czasem, aczkolwiek rzadziej, dzięki tej metodzie uniknąć operacyi także w przypadkach przewlekłych zapaleń usznych, tego dowodzi kilka przezemnie gdzieindziej już opisanych przypadków, wyleczonych drogą zachowawczą mimo próchnienia kości sutkowej.

Ciekawym i opisania godnym zdaje mi się także następujący przypadek:

Przed kilku miesiącami leczyłem chorą z przewlekłem ropieniem ucha środkowego, która wskutek przyłączenia się pozornego zapalenia wyrostka sutkowego już miała poddać się operacyi.

Prot. Nr 371. 1913. M. P., 25-letnia położna z Krakowa, zgłosiła się do mnie d. 18. marca b. r. i podała, że przed 3 laty doznała nagle strzykania w uchu prawem, poczem po krótkim czasie pojawiło się ropienie z ucha, a bóle ustały. Od tego czasu cierpiała chora na ustawiczne ropienie uszne. Przed 7 tygodniami wystąpiły na nowo silne bóle w uchu i za uchem i do tego dołączyło się obrzmienie za uchem. Chora zgłosiła się do jednej z klinik, gdzie jej, jak twierdzi, doradzano operacyę, na co jednak zgodzić się nie chciała. W ostatnim czasie bóle głowy i w uchu były straszne, nie do zniesienia. Chora przepędzała noce bezsennie, straciła apetyt i podupadła znacznie na siłach, tak, że czuje się tak osłabiona, iż nie mogłaby wytrzymać żadnej operacyi.

Przy badaniu znalazłem: w uchu zewnętrznem silne obrzmienie ścian przewodu, światło bardzo ciasne, wypełnione ropą. Po oczyszczeniu widać w zewnętrznym przewodzie ucha mnóstwo ziarnin polipowatych, zamykających światło od głębi. Najlżejsze dotknięcie ścian przewodu sprawia wielkie bóle. Pod wyrostkiem sutkowym w kącie wyrostkowożuchwowym obrzęk wielkości jaja kurzego przy dotykaniu bardzo bolesny, czerwoną skórą pokryty, chełboczący. Przy ucisku na to miejsce wydobywa się więcej ropy między ziarninami na dolnej ścianie przewodu. Wyrostek sutkowy niebolesny, skóra nad nim niezmieniona.

Dnia 21. III. usunięcie polipów z ucha zewnętrznego pętlą, w następnych dniach wypalanie resztek kwasem chromowym.

Dnia 24. III. nacięto ropień pod uchem i wypuszczono dużo ropy i krwi. Przez otwór w ropniu nie można zgłębnikiem dojść do kości. W następnych dniach codzień zakładanie bańki ssącej nad otworem w ropniu i nad wejściem do przewodu ucha zewnętrznego. Bóle głowy mniejsze, jednak jeszcze szczególnie w nocy bardzo silne. Przewód staje się trochę szerszym. Jednakże ściany jego jeszcze bardzo obrzmiałe tak, że w głębokości około 1 cm górna ściana styka się z dolną i zasłania zupełnie błonę bębenkową, zamiast której widać spuszczoną jakby zasłonę górną skórną ścianę przewodu, przy dotknięciu sondą chełboczącą. Nacięto ją i wypróżniono kilka kropel ropy.

Wśród dalszego leczenia zapomocą ssawki pod uchem i nad przewodem obrzmienie ścian przewodu zmniejsza się coraz więcej, światło jego staje się coraz przestronniejszem i coraz głębszem. Teraz dopiero widać na dnie przewodu jakieś ciało bladożółte, przy dotknięciu niebolesne, poduszkowato miękkie. W następnych dniach w miarę klęśnięcia przewodu widać coraz lepiej obce ciało, które uchwycone szczypczykami i wyciągnięte okazuje się małym zwitkiem cuchnącą ropą przesiąkniętej waty. Zaraz potem wydobyłem drugi i trzeci podobny do pierwszego tamponika. Wyjęcie to było połączone ze znacznymi bólami z powodu wielkiej wrażliwości obrzmiałych jeszcze ścian przewodu i ciasnego przystępu. Zkąd te waciki do ucha się dostały i jak długo tam pozostawały, chora nie umiała podać. W następnych dniach wyjąłem jeszcze dwa podobne tamponiki z ucha. Teraz dopiero jama bębenkowa stała się przystępna dla wzroku i można było widzieć ziarnkującą błonę śluzową wewnętrznej ściany jamy bębenkowej. Błony bębenkowej i kostek słuchowych brak. Od tego dopiero czasu nastąpiła wyraźna, stanowcza poprawa stanu ogólnego, przedmiotowego i podmiotowego, która raźno postępowała naprzód.

10. V. Rana pod uchem zgojona, niema obrzęku ani bolesności, apetyt wrócił, ból głowy całkiem ustąpił; chora może znowu spać, czuje się wolną od dolegliwości i »świeżą jakby nowonarodzoną«. Jednakże górna ściana przewodu jeszcze jest nieco obrzmiała i światło przewodu jeszcze trochę ścieśnione.

20. V. Przewód ucha zewnętrzny wygląda całkiem prawidłowo, chora czuje się zupełnie wyleczoną. Jednakże z ucha środkowego wydziela się jeszcze rzadka skąpa wydzielina, przez co chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

Tu chodziło zatem o przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, wśród którego wskutek zatkania wacikami, doszło do objawów zatrzymania ropy. Obok tego istniało zapalenie ucha zewnętrznego i wskutek nieczystości albo dłubania w uchu doszło do wytworzenia się ropnia na dolnej ścianie przewodu i ztąd do ropnia opadowego albo do zropienia gruczołu pod uchem.

Jeżeli prawda, co chora podała, że jej proponowano otwarcie wyrostka, to zaszła pomyłka rozpoznawcza. Albowiem wyrostek sutkowy był i pozostał przez cały czas zdrowym i chodziło tylko o zapalenie ucha zewnętrznego obok przewlekłego ropienia ucha środkowego. Za tem przemawiał brak bolesności w kości sutkowej i ogromna bolesność ścian przewodu. Pomyłka taka często i łatwo zachodzi i rozpoznanie różniczkowe między temi dwiema sprawami (zapaleniem wyrostka sutkowego a zapaleniem ucha zewnętrznego) nie zawsze jest łatwe. Cechy rozróżniające te cierpienia omówiłem dokładniej w moim podręczniku (Krótki zarys nauki o chorobach usznych). W naszym przypadku jedynym objawem, któryby przemawiał za zajęciem

wyrostka sutkowego, było istniejące przewlekłe ropienie uszne. Natomiast brak zmian na wyrostku samym, brak bolesności jego nawet przy ucisku powinien już był zwrócić uwagę na istotny stan rzeczy. Za zapaleniem ucha zewnętrznego, względnie za przebiciem gruczołu zropiałego do przewodu przemawiały nadto zupełnie odgraniczony ropień pod uchem, żadnego związku z wyrostkiem sutkowym ucha nie mający, wypełnienie przewodu granulacyami, wychodzącemi z dolnej ściany przewodu, ogromna bolesność ścian przewodu i całej małżowiny przy dotykaniu, wydobywanie się większej ilości ropy przez otwór w dolnej ścianie przewodu przy ucisku na ropień pod uchem, — wszystko objawy, których w zapaleniu wyrostka sutkowego niema.

Nadzwyczaj silne bóle głowy i objawy ogólne w naszym przypadku tłómaczą się jako objawy zatrzymania ropy, które w istocie ustąpiły szybko po usunięciu z jamy bębenkowej zalegających tam kto wie od jak dawna i hamujących odpływ ropy tamponów.

Bardzo dobre wyniki otrzymywałem także przy leczeniu przekrwieniem aspiracyjnem ostrego i przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego bez powikłania ze strony wyrostka. Wydobycie ropy z ucha środkowego zapomocą aspiracyi okazało się dobrym sposobem dokładniejszego i szybszego oczyszczenia jamy bębenkowej z wysięku i przyspieszenia leczenia. Nieraz w ostrem zapaleniu ropnem z wązkim lub niekorzystnie umieszczonym otworem lub z wyniosłością sutkowatą na błonie bębenkowej, gdzie zachodziło wskazanie do rozszerzenia otworu lub do powtórnego przekłucia błony, udało mi się, dzięki tej metodzie osiągnąć wyleczenie bez tego zabiegu.

W wielu przypadkach przewlekłego ropienia usznego, długi czas innymi sposobami bez skutku leczonych, leczenie zapomocą aspiracyi z ucha zewnętrznego oddawało mi świetne usługi. Metoda ta należy mojem zdaniem do najdzielniejszych i najskuteczniejszych środków w leczeniu tego nieraz bardzo uporczywego stanu chorobowego. Działanie tego sposobu polega na dwóch czynnikach. W pierwszym rzędzie osiągamy tym sposobem dokładniejsze, gruntowniejsze oczyszczenie jamy bębenkowej i jej zaułków, niż innemi metodami. Mogłem się nieraz o tem przekonać, jak po najdokładniejszem wystrzykaniu i wyczyszczeniu ucha i po przedmuchiwaniu przez trąbkę udało się jeszcze przez aspiracyę wydostać z ucha ciągnącą śluzową treść w większej lub mniejszej ilości. Działanie to jest szczególnie korzystne i pożyteczne w tych przypadkach, w których zastosowanie kaniulki do jamy bębenkowej z jakiejbądź przyczyny jest technicznie niemożliwe lub utrudnione. W drugim rzędzie wchodzi tu w rachubę przekrwienie błony śluzowej, które, jak wiemy, stanowi czynnik leczniczy bardzo dzielny. W przypadkach z przewlekłem próchnieniem kości sutkowej lub z perlakiem w uchu środkowem z tego leczenia oczywiście niczego spodziewać się nie można. Natomiast można w powierzchownem próchnieniu kości w obrębie jamy bębenkowej i kostek słuchowych zapomocą tej metody korzystnie wpływać na sprawę chorobową.

Sondermann podał osobny przyrząd do tej metody. Preobrażenski (Moskwa) osiągał przez wyssanie z ucha zewnętrznego dobre wyniki nawet przy powikłaniach ze strony wyrostka sutkowego; uważa on za możliwe, że tą drogą daje się wyssać płyn nawet z jamy sutkowej i z trąbki Eustachiusza. Także Hálasz (Miskolcz) ogłosił dobre wyniki, otrzymane przez siebie zapomocą przyrządu aspiracyjnego Sondermanna w ostrych i przewlekłych ropieniach ucha środkowego nawet z powikłaniem ze strony wyrostka sutkowego. Muck miał osiągać zapomocą tego sposobu wyleczenie nawet w gruźliczych zapaleniach ucha środkowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Reiss i Jahn. **Galaktozurya pokarmowa w chorobach wątroby.** (Deut. Arch. f. klin. Med. 108 Bd.). Tolerancya dla lewulozy jest w większej części chorób wątroby zmniejszona, dla galaktozy zaś zachowuje się nieco inaczej, a badanie jej może dawać ważne wskazówki rozpoznawcze co do czynności wątroby. Autorowie stwierdzili w swych badaniach klinicznych, że silna galaktozurya pokarmowa przemawia za żółtaczką nieżytową, o ile wykluczone są inne schorzenia gorączkowe przebiegające z żółtaczką. Prawdopodobnie tolerancya dla galaktozy jest też zmniejszona przy zatruciu fosforem, zaniku żółtym wątroby, wogóle w schorzeniach wątroby, w których komórki ulegają zmianom; średnio silna galaktozurya przemawia przeciw rakowi wątroby, wątrobie zastoinowej i kamicy; naturalna tolerancya dla galaktozy występuje we wszystkich chorobach wątroby tylko nie w żółtaczce nieżytowej. Wyraźna galaktozurya w żółtaczce świadczy za poważnem uszkodzeniem komórek wątroby, a nie tylko za utrudnionym odpływem żółci. N.

Gross. **Badania na chorych trzustkowych.** (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 108). Autor przeprowadzał badania nad zużytkowaniem tłuszczów, węglowodanów i białka oraz nad wartością metod rozpoznawczych podanych dla schorzeń trzustki, u dwu chorych na trzustkę i stwierdził, że pominąwszy metodę jodową Winternitza, na wszystkich innych można polegać. Wydzielanie trypsyny u obu chorych było silnie upośledzone, podobnie i diastazy. Dziwnem okazało się, że u obu chorych, mimo dużych ilości wydzielanych tłuszczów (steatorrhoëa), stwierdzono wzmożony rozpad tłuszczów, który autorowie przypisują działaniu bakteryi. Pankreon nie wpływa na wchłanianie tłuszczów, natomiast na asymilacyę białka. Brak zaczynów jest przyczyną złego zużytkowania białka, steatorrhoëa zaś następstwem zaburzenia w wessaniu, do którego obecność trzustki jest konieczną. N.

Schlecht i Schwenker. **Stosunek eozynofilii do anafilaksyi** (D. Arch. f. kl. Med. 108 Bd.). Opierając się na badaniach nad przyrodą anafilaktyczną dychawicy oskrzelowej (asthma), poddali autorowie badaniom eozynofilię, która występuje w szoku anafilaktycznym, wywołując ją różnymi sposobami. Autorowie przypisują eozynofilom szczególną rolę, przyjmują mianowicie, że przy trawieniu białka parenteralnem powstają produkty rozpadu, które wywabiają komórki eozynochłonne ze szpiku kostnego; czy chodzi tu o jedną jakąś istotę, na razie nie wiadomo; podobnie i skład tej substancyi nie jest znany. N.

R. van der Velden. **Działanie emanacyi radowej na krew.** (D. Arch. f. kl. Med. Bd. 108). Autor stwierdził wyraźne skrócenie czasu krzepnięcia krwi tak in vitro, jakoteż in vivo, pod wpływem czyto inhalacyi i picia emanacyi radowej, czy też injekcyi podskórnych soli radowych. Niewiadomo tylko, czy chodzi tu o działanie swoiste radu na zaczynowy lub chemiczny proces krzepnięcia krwi.

Właściwości krwi w innym kierunku nie zmieniają się przytem wcale. Badania krwi kapilarnej hemofilityków (krwawców) pod działaniem radu stwierdzają również skrócenie czasu krzepnięcia krwi, tak długiego zresztą u nich. W ten sposób otwiera się nowe pole do prób leczenia hemofilii. N.

Lommel. **Choroba Bantiego i żółtaczka hemolityczna.** (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 109). Autor przedstawia dokładnie porównawczo dwa przypadki choroby Bantiego i żółtaczki hemolitycznej; w przypadku pierwszym przemiana białka była zupełnie normalna, krew jakoteż narządy wewnętrzne przedstawiały zmiany właściwe. Żółtaczka hemolityczna była wywołana ciążą, po której zupełnie ustąpiła; u dziecka chorej również stwierdzono żółtaczkę hemolityczną; badania wykazały prawidłową osmotyczną odporność ciałek czerw. krwi, zwiększony wskaźnik hemoglob. poikilocytozę, silną niedokrwistość i 13.000 ciałek białych, wśród których odsetkowo stwierdzono 65% myeloblastów; chodziło zatem w tym przypadku o rzadki przypadek żółtaczki hemolitycznej dziedzicznej. Z badań autora wynika, że między temi jednostkami chorobowemi nie da się wykazać właściwych różnic tak anatomicznych, jak i klinicznych, gdyż niektóre przypadki mogą być bardzo podobne do siebie. Również objawy właściwe dla tych spraw, jak podany przez Umbera toksyczny rozpad białka oraz zmniejszona odporność ciałek czerw. krwi na działanie osmotyczne autorów francuskich nie zawsze są pewne w rozpoznaniu różniczkowem. N.

Schlayer. **Źródła stałego wzmożonego ciśnienia.** (Münch. med. Woch. 1913 2.) Ostatnie kliniczne badania zdają się stwierdzać jako przyczynę wzmożonego ciśnienia adrenalinemię, względnie obecność we krwi istoty zwężającej naczynia. Ponieważ jednak nie udało się do chwili obecnej wykazać zwiększonej zawartości adrenaliny we krwi w stanach wzmożonego ciśnienia krwi, przyjmuje się prawdopodobieństwo wzmożonej wrażliwości systemu tętniczego, która objawia się nietylko pod wpływem działania adrenaliny lecz także innych podniet drogami nerwowemi idących. Niewyjaśnionem jest jeszcze, czy przyczyna tej nadwrażliwości tętnic tkwi w nerkach, czy też schorzenie nerek jest nie przyczyną, lecz tylko objawem. Dla praktyki ważnem jest to, co powiada Romberg, że każde wzmożenie ciśnienia po nad 150 mm Hg wzbudza podejrzenie na udział nerek w schorzeniu. N.

Simmonds. **Przysadka mózgowa a moczówka prosta.** (M. med. Woch. 1913 3). W 2 miesiące po operacyi raka sutka wystąpiła u jednej chorej silna polyuria, równocześnie z pojawieniem się przerzutów nowotworowych w różnych okolicach ciała. Sekcya stwierdziła w tym przypadku zupełne zniszczenie tylnego płatu przysadki. Spostrzeżenie to, jak zresztą badania doświadczalne wykazały, może stwierdzać związek między schorzeniem przysadki a moczówką prostą, którą w przypadku tym odnieść należy do wzmożonej funkcyi tylko części środkowej (pars intermedia) przysadki. wywołanej podrażnieniem przez nowotwór usadowiony w płacie tylnym, ze względu na to, że płat tylny był zupełnie zniszczony a płat przedni, jak to bezsprzecznie udowodniono, nie ma wpływu na wydzielanie moczu. N.

Beyer. **Prątki błonicy w moczu.** (Münch. med. Woch. 1913, 5). W 19 przypadkach błonicy znajdował autor bez wyjątku prątki błonicy w moczu stale; u ozdrowieńców niektórych rzadkie bywały dnie, w których nie stwierdzał ich obecności. Trwanie wydzielania prątków moczem jest nieraz bardzo długie; w niektórych razach jeszcze po 8—10 tygodniach od zachorowania dało się wykryć prątki błonicy w moczu. Wynika z tego, że należy się liczyć z możliwością szerzenia się błonicy drogą moczu. N.

Kessler. **Wykrywanie prątków gruźliczych we krwi.** (Münch. med, Woch. 1913, 7). Autor postępuje w sposób następujący: 0·5—1 cm³ krwi miesza z 1 cm³ wody i dodaje trypsyny Grüblera w ilości na koniec noża, poczem dolewa podwójną ilość całej objętości płynu 25% antyforminy i trzy części spirytusu do palenia, wstrząsa dokładnie i wiruje przez ½ godziny, osad rozciera na szkiełku i barwi zwykłym sposobem. N.

Kahn. **W sprawie wykrywania prątków gruźliczych we krwi.** (M. med. Woch. 1913. 7.) Autor uważa za jedynie pewny dowód obecności prątków gruźliczych we krwi — wyniki szczepień krwi podejrzanej zwierzętom i radzi tylko te badania przeprowadzać, chcąc dojść do pewnych wyników. N.

Bachmeister. **Występowanie jadowitych prątków gruźliczych we krwi po wstrzyknięciach dyagnostycznych tuberkuliny.** (M. med. Woch. 1913. 7.). Autor postępował w ten sposób, że brał krew chorym, którym wstrzykiwał tuberkulinę w chwili największej gorączki i wstrzykiwał ją zwierzętom i w ten sposób na 30 szczepień wykrył u 4 chorych obecność prątków we krwi; ci czterej chorzy dawali po injekcyach tuberkuliny bardzo silny odczyn tak miejscowy, jak i ogólny; krew tych samych chorych zaś szczepiona zwierzętom przed wstrzykiwaniem tuberkuliny dała wynik ujemny. W ten sposób udowodnił autor fakt, że jadowite bakterye gruźlicze zostają pod wpływem injekcyi tuberkuliny wpędzane do ogólnego krążenia i zaleca ogromną ostrożność w stosowaniu injekcyi dyagnostycznych. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 21. maja 1912.

Przewodniczący kol. Sterling, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Skalski przypomniał obecnym, że między 31 sierpnia i 7 września r. b. odbędzie się w Antwerpii IV Zjazd międzynarodowy, poświęcony sprawom mieszkań. Podkreślając doniosłe znaczenie takich Zjazdów, kol. S zaznaczył potrzebę zainteresowania się nimi i udziału w nich.

2) Przewodniczący przeczytał zawiadomienie od Towarzystwa lekarskiego Piotrkowskiego o zawiązaniu się Towarzystwa i rozpoczęciu działalności w dniu 20. kwietnia r. b.

3) Przewodniczący przeczytał list kol. Sulimierskiego, zawiadamiający o zaprowadzonych w Busku udogodnieniach, a mianowicie o przywróceniu całej godziny, jak to było dawniej, na zajmowanie łazienki, zamiast ¾ godziny.

4) Kol. H. Rosenblatówna: **O współczesnych poglądach na odczyny tuberkulinowe u dzieci.**

Treść odczytu: W ciągu 6-letniego okresu, jaki nas dziś dzieli od odkrycia odczynu Pirqueta, próba ta była stosowana w tysiącach przypadków, stając się coraz bardziej cenionym środkiem pomocniczym w dyagnostyce gruźlicy dziecięcej. Nie jest to jednak odczyn bezwzględnie pewny, t. j. dodatni wynik nie zawsze oznacza gruźlicę, a ujemny, nie zawsze oznacza brak gruźlicy. Co do pierwszego punktu, to dla celów praktycznych można go zupełnie nie brać w rachubę, gdyż opisywane przypadki dodatniego odczynu Pirqueta jakoby bez zmian gruźliczych są bardzo nieliczne i przeważnie niezupełnie pewne. Ważne i konieczne jest natomiast pamiętanie o tem, iż odczyn Pirqueta, zarówno jak i inne skórne odczyny tuberkulinowe bywają względnie często ujemne u dzieci z zupełnie pewną gruźlicą. Przedewszystkiem spostrzegano to dość często w gruźlicy chirurgicznej, (zapalenia otrzewnej, stawów i i.), oraz u niemowląt w pierwszem półroczu życia, niezależnie od tego, czy jest to gruźlica kości, czy na-

rządów wewnętrznych. Podług Pirqueta, przyczyną tego jest ta okoliczność, iż swoista wrażliwość na tuberkulinę zaczyna się wytwarzać w ustroju dopiero w 4 tygodnie po zakażeniu gruźlicą i w pierwszych miesiącach jest jeszcze nieznaczna, stąd odczyny skórne u młodych niemowląt są bądź bardzo słabe, bądź wogóle ujemne. U osobników starszych odczyny ujemne zdarzają się również, jak tego dowodzą przypadki Hamburgera Feerac, oraz przypadek prelegentki. We wszystkich tych przypadkach nie ograniczano się do jednokrotnego odczynu Pirqueta, lecz, bądź powtarzano go kilkakrotnie, bądź wykonywano jeszcze odczyn śródskórny, jak wiadomo, znacznie czulszy od odczynu Pirqueta. Być może, że i w tych przypadkach udałoby się jeszcze otrzymać wynik dodatni, gdyby zastosowano tuberkulinę z laseczników bydlęcych zamiast zwykłej starej tuberkuliny Kocha. W każdym razie należy zawsze pamiętać o możliwości ujemnego wyniku od czynów tuberkulinowych u osobników gruźliczych, nie ograniczać się nigdy do jednokrotnego odczynu Pirqueta i w razie ujemnego wyniku tam, gdzie badanie klinicznie przemawia wyraźnie za gruźlicą, uważać to ostatnie za ważniejsze.

Z kolei przechodzi prelegentka do omówienia spraw ilościowych odczynów tuberkulinowych, mających podług niektórych autorów wartość rozpoznawczą przy różniczkowaniu spraw czynnych i nieczynnych. Własne badania prelegentki, na materyale szpitala Anny Maryi, wykonywane w ten sposób, iż każdemu dziecku wstrzykiwano śródskórnie 4 różne dawki tuberkuliny i określano najmniejszą dawkę, która wywoływała jeszcze odczyn dodatni, dały wyniki ujemne, nie potwierdzające poglądów Eltermana, Erlandsena i innych, jakoby istniała ścisła zależność między stopniem zakażenia gruźliczego a oddziaływaniem na tuberkulinę. Ujemny był również wynik doświadczeń, podjętych w celu stwierdzenia, czy istnieje związek między uczulaniem się wskutek wielokrotnych wstrzykiwań tuberkuliny śródskórnie, a postacią gruźlicy, gdyż okazało się, iż przypadki, klinicznie bardzo odmienne, uczulały się jednakowo i odwrotnie.

W zakończeniu prelegentka omawia współczesne poglądy na istotę skórnych odczynów tuberkulinowych, oraz rolę skóry w powstawaniu tych odczynów. Pomimo twierdzenia wielu autorów, iż skórne odczyny tuberkulinowe są sprawą zupełnie nieswoistą, zależną tylko od wrażliwości skóry osobn. gruźliczych, oraz cały szereg różnych substancyi, a pomiędzy innemi, na tuberkulinę, prelegentka jest zdania, iż wprawdzie istota odczynu tuberkulinowego jest jeszcze niewyjaśnioną, większość faktów jednak przemawia bezwarunkowo za swoistością tych odczynów.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sonenberg, Sterling, Koliński i Mogilnicki.

a) Sonenberg zwraca uwagę na jedno bardzo ciekawe zjawisko, nieraz obserwowane przy stosowaniu prób tuberkulinowych Pirqueta w przypadkach cierpień gruźliczych skóry, zwłaszcza u dzieci. Zjawisko to, które Sonenberg miał sposobność raz spostrzegać w przypadku rumienia twardego, polega na tem, że u osobnika, dotkniętego gruźliczem cierpieniem skóry, powstaje nieraz przy stosowaniu próby Pirqueta po pewnym czasie na skórze, w miejscu ukłucia, zmiana, pod względem anatomicznym i klinicznym bardzo podobna do owego cierpienia gruźliczego, jakiem dany osobnik jest dotknięty. A więc spostrzegano u dziewczątek, dotkniętych rumieniem twardym Bazina (Erythème induré de Bazin) powstawanie po 10 do 12 dniach w miejscu ukłucia niebolesnego, guzowatego, twardego nacieku, bardzo podobnego do tych wykwitów, które były u dziewczęcia na goleniach. Są również opisane przypadki powstawania w miejscu wstrzyknięcia tuberkuliny guzka, bardzo podobnego do guzków liszaja złzowego (lichen scrophulosorum) w przypadkach, kiedy próbę Pirqueta robiono u dziecka, mającego liszaj zołzowy. Na czem polega to zjawisko — dotychczas jeszcze nie wytłumaczono. Sonenberg zaznacza jeszcze jedną okoliczność, spostrzeganą przez dermatologów przy stosowaniu prób tuberkulinowych. Otóż w przypadkach cierpień gruźliczych skóry, odczyn miejscowy, powstały po stosowaniu próby Pirqueta lub Moro, ma podobno pozostawać bardzo długo, znacznie dłużej, niż wówczas, kiedy nie ma cierpienia gruźliczego skóry. Nieraz w ciągu tygodni i miesięcy obserwuje się guzki i nacieki, które zwolna znikają pozostawiając po sobie brunatne zabarwienie.

b) Zdaniem kol. Sterlinga, w przypadkach, w których przy dodatnim wyniku próby Pirqueta — autopsya nie wykazała zmian gruźliczych, należało jeszcze poszukiwać zmian właściwych tej postaci gruźlicy, na którą wskazał Poncet; kol. St. mówiła o gruźlicy zapalnej; ta odmiana gruźlicy, w przebiegu której nie mamy ani gruzełka, ani swoistego wysięku i zwyrodnienia wtórego, gdzie wszystko ogranicza się do objawów zwykłego zapalenia, którego swoistość polega na wzmożeniu etyologicznem — w postaci lasecznika Kocha, ta odmiana przejawia się w różnych narządach i może dawać odczyn swoisty; badanie sekcyjne nie uwzględniające zmian gruźliczych typu wyłącznie zapalnego, nie może być dowodem przeciw swoistości odczynu Pirqueta. Nie przemawia też przeciw wartości odczynu Pirqueta, że otrzymywano wynik dodatni w przypadkach kończących się wyzdrowieniem u dzieci najmłodszych ($^1/_2$ — 1 roku życia). Błędnem jest bowiem mniemanie, jakoby u osesków chorych na gruźlicę rokowanie było bezwzględnie złe. — Odczyn ujemny w przypadku gruźlicy chirurgicznej u dzieci należałoby sprawdzić przez stworzenie tuberkuliny otrzymanej z laseczników typu bydlęcego. Odczyn ilościowy nie daje żadnych stałych wyników. Mówca jest zdania, że charakter odczynu Pirqueta daje prawo do pewnych wniosków prognostycznych, jeśli uwzględnić i chwilę jego wystąpienia i natężenia; mianowicie odczyn silny i występujący późno przemawia za łagodnym charakterem przebiegu sprawy gruźliczej (nie tyczy się to dzieci młodych, do lat 3). Co do sprawy podniesionej przez kol. Sonenberga, to tak by ją może rozumieć należało: Tuberkulidy skórne pewnej postaci klinicznej występują u danego osobnika pod wpływem tuberkuliny pochodzącej z ogniska chorobowego; i tuberkulina zzewnątrz (Pirquet) wprowadzona wywołuje na skórze taką właśnie postać gruźlicy skórnej, do jakiej dany osobnik jest skłonny. — Podobieństwo w odczynie skórnym, wywołanym przez tuberkulinę i przez pepton znajdzie może swe wyjaśnienie w tem, że (jak wykazał Abderhalden) obok odczynów grupowych biologicznych (anafilaktycznych) istnieją odczyny grupowe chemiczne (właściwe grupom białkanów, węglowodanów, tłuszczów); pepton i tuberkulina dają może odczyn, właściwy grupie białkanów; należałoby równolegle z tuberkuliną próbować szczepień zapomocą substancyi innych grup chemicznych.

c) W odpowiedzi Sonenbergowi prelegentka zaznacza, że istnieje cały szereg odczynów miejscowych, występujących po wykonaniu jednej z prób tuberkulinowych, analogicznych z opisywanemi przez kol. Sonenberga zjawiskami; np. występowanie pryszczyków spojówkowych jednocześnie z dodatnim odczynem tuberkulinowym, wzmaganie się nieżytów nosa i oczu u dzieci zołzowych i t. p. Przyczyna tych zjawisk jest tak samo niewyjaśniona, jak i istota odczynu tuberkulinowego. Kol. Sterlingowi odpowiada prelegentka, że nie uważa większego nasilenia skórnych odczynów za objaw miarodajny dla spraw nieczynnych, gdyż przeciwnie, bardzo często odczyny u osobników klinicznie zdrowych są zupełnie nikłe. Prelegentka zgadza się ze zdaniem kol. St., iż należałoby brać w rachubę uczulanie się ustroju danego osobnika względem odczynów skórnych przy stosowaniu tuberkuliny w celach leczniczych; na okoliczność tę zwrócił już dawniej uwagę Escherich. Przypadki dodatniego odczynu Pirqueta, w których nie znajdowano zmian gruźliczych, są podług prelegentki również niemiarodajne; o tem, czy brano w rachubę

możliwość gruźlicy zapalnej opisanej przez Ponceta, prelegentka nie wie. Co do odczynów skórnych na węglowodany, to preleg. wstrzykiwała kilkakrotnie rozczyn cukru gronowego z wynikiem zupełnie ujemnym. Kol. Kolińskiemu odpowiada prelegentka, że uważa odczyn Calmetta za nieobojętny dla oczu dziecka, i, o ile wie, odczynu tego u dzieci w żadnej klinice pedyatrycznej, nie stosują. Kol. Mogilnickiemu, że spostrzegane przez niego długotrwałe odczyny nie mają specyalnego znaczenia.

5) Kol. Skalski, jako przyczynek do partactwa lekarskiego, pokazał leki i obszerną korespondencyę niejakiego Wiliama S. Ricea, umieszczającego swe reklamy w łódzkich pismach. Oszust ów leczy przepukliny wszelkiego rodzaju zapomocą smarowania płynami swego pomysłu. Pierwszy płyn, noszący miano »reduzirbare Lotion«, barwy rozczynu nadmanganianu potasowego w ilości 100 gramów, kosztuje rubli 18 w Łodzi. Płynem tym zaleca Rice smarować przepuklinę i bandaż przez firmę W. S. Rice w cenie od 25 do 50 rubli dostarczany, a wyleczenie pewne. Gdyby jednak wyleczenie nie nastąpiło, firma »posiadająca własną pracownię środków lekarskich« wysyła inną flaszeczkę, objętości 5 gramów, której płyn leczy przepukliny »doszczętnie«. Leki powyższe, bandaż i liczne broszury kol. S. znalazł u chorej, do której był wezwany z przyczyny uwięźniętej przepukliny, która owe leki stosowała.

6) Kol. Goldman pokazał preparat **mięśniaka macicy,** usunięty u 26-letniej kobiety. Sonenberg.

Wiadomości bieżące.

Wiekopomne dzieło Śniadeckiego »Teorya jestestw organicznych« jest do nabycia po nader zniżonej cenie 2 kor. 50 h. za egzemplarz w Administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Cały dochód z rozprzedaży przeznaczony został na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Z miejskiego Urzędu Zdrowia otrzymaliśmy następujące pismo:

»W pierwszych dniach października b. r. ukaże się w druku urzędowy spis wszystkich lekarzy zamieszkałych w Krakowie. Spis ten zostanie rozesłany aptekom, drogueryom, szpitalom, urzędom, wydawnictwom kalendarzy itd. itd. Posłuży on również za podstawę przy układaniu wydawnictw »Aerztliches Jahrbuch« i »Medizinal-Schematismus« we Wiedniu.

Leży przeto we własnym, dobrze zrozumianym interesie PP. Lekarzy, ażeby spis ten z jednej strony obejmował wszystkich PP. Lekarzy, z drugiej strony, ażeby adresy były jaknajdokładniejsze.

Zgłoszenia i zmiany adresów uskuteczniać można w jakiejkolwiek formie, a nadsyłać takowe pod adresem: »Miejski Urząd Zdrowia ul. Poselska l. 10«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. IX. do 13. IX. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 1 † —), krztuśca 2 † 1 (— † —), ospy wietrznej —, płonicy 8 † 3 (1 † —), odry 7 † — (— † —), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), czerwonki — † 1, gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 2 † 1 (1 † —), jaglicy 4. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 1. IX. do 8. IX. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 8 † 1, duru brzusznego 2 † —, róży —, czerwonki 7 † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Collège de France otrzymało dar 600.000 franków na urządzenie katedry chorób zwrotnikowych.

— Instytut Pasteura otrzymał legat od właściciela składu papieru Durandeau w kwocie 50.000 fr. na nagrody za najlepsze prace poświęcone leczeniu zapalenia opon mózgowych.

Mianowani: Doc. K. Wegelin zwycz. profesorem patologii ogólnej i anatomii patologicznej w Bernie szwajc. w miejsce ustępującego prof. Langhansa; J. Van der Erve profesorem fizyologii w Milwaukee.

Zmarli: Dr Erwin Baelz, b. prof. med. wewn. w Tokio i lekarz przyboczny Mikada, zmarł w Stuttgarcie w 64 r. ż.

Redakcya otrzymała: Dr St. Gębarski: Przypadek wrodzonego niedorozwoju lewego płuca (hypoplasia) z niezwykle dużym przerostem prawego płuca. Odb. z »Gazety lek.« 1913, Nr 27. — Dr T. Jaroszyński: Rola wzruszeń w patologii. Odb. z »Gaz. lek.« 1913. Nr 32—34. — Dr W. Falgowski: Le traitement opératoire des anciennes infiltrations du petit bassin. Odb. z »Semaine médicale« 1913, juillet. — Prof. K. W. Majewski: Nystagmus intermittens celerrimus. Odb. z »Postępu okulistycznego« 1913, Nr 5. i 6. — Tenże: Un cas exceptionnel de nystagmus. Société française d'ophtalmologie. 1913. — Doc. Dr W. Radecki: Przyczynek do analizy zastosowania w medycynie doświadczeń skojarzeniowych. Odb. z »Neurologii polskiej. — Sprawozdanie kraj. szkoły przemysłu drzewnego w Stanisławowie za rok 1912/13. — Dr Leopold Brenneisen: Dmuchadło automatyczne własnego pomysłu i jego zastosowanie w dentystyce (demonstracya na Zjeździe przyr. i lek. w Krakowie 1911). — Dr Jäger: Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Sekaleersatz (Tenosin). Odb. z »Münch. med. Woch.« 1913, Nr 31. — Dr H. Higier: Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego. Odb. z »Med. i Kron. lek.« 1913. — Dr St. Zaleski: Ruch ukraiński (Mazepiński) w piśmiennictwie rosyjskiem. Odb. z »Echa literacko-artystycznego«. — Dr St. Zaleski: W sprawie sposobu odżywiania robotników górniczych (po rosyjsku) 1913.— Dr H. Nusbaum: Pisma z dziedziny nauk lekarskich. Wydawnictwo »Gazety lek.« 1913. — Sprawozdanie z czynności szpitala starozakonnych Im. Poznańskich w Łodzi za r. 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.